

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск: ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

Таблица 1. Сопутствующая патология у пациентов с ГЭРБ с желудочной метаплазией слизистой оболочки пищевода

Сопутствующая патология	Количество человек	% от общего количества
Артериальная гипертензия	11	55%
Язвенная болезнь 12 перстной кишки	3	15%
Желчнокаменная болезнь	3	15%
Мочекаменная болезнь	3	15%
Ишемическая болезнь сердца	2	10%
Сахарный диабет 2 типа	2	10%
Аутоиммунный тиреоидит	2	10%
Полиостеоартроз	2	10%
Хронический гастрит	1	10%
Хронический бронхит	1	10%
Сочетание язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки	1	10%

Выводы.

У 65% пациентов с ГЭРБ и желудочной метаплазией были признаки эрозивного эзофагита. Осложненный ГЭРБ (язв, кровотечений, пенетраций, стриктур пищевода) выявлено не было.

Среди сопутствующей патологии у пациентов с ГЭРБ и желудочной метаплазией наиболее часто встречалась артериальная гипертензия – у 55% пациентов.

Ингибиторы протонной помпы принимали только 35% с ГЭРБ и желудочной метаплазией.

Необходимо дальнейшее изучение влияния лечения сопутствующих заболеваний на течение ГЭРБ с метаплазией слизистой оболочки нижней трети пищевода.

Литература:

1. Соловьева, Г.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Барретта в клинической практике / Г.А. Соловьева, В.А. Яковенко, Е.Г. Курик // Сучастна гастроентерология. – 2009. - №22. – С. 88-95.
2. Циммерман, Я.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: состояние проблемы и дискуссионные вопросы / Я.С. Циммерман // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. — 2004. — №2. — С. 70-78.
3. Погромов, А.П. Принципы терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных ИБС и АГ / А. П. Погромов, В. Ю. Батунова, М. А. Дымшиц // Русский медицинский журнал: Независимое издание для практикующих врачей. - 2011. - № 17. - С. 1072-1074.

СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Пальгуева А.Ю., Литвяков А.М.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Эпидемиологические, клинические и лабораторные исследования последних лет указывают на то, что системные ревматологические заболевания сопровождаются прогрессирующим развитием атеросклероза и его осложнений, а некоторые из них следует рассматривать как независимые факторы риска атеросклеротической болезни. Одним из наиболее важных системных ревматологических заболеваний в медицинском и социально-экономическом плане является ревматоидный артрит (РА). Основной причиной сокращения продолжительности жизни при РА является кардиоваскулярная патология – инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, инсульт. Даже у молодых лиц с небольшой продолжительностью заболевания при низкой активности воспалительного процесса и отсутствии классических факторов риска регистрируются начальные признаки атеросклеротического поражения артерий.

Цель исследования – определить частоту встре-

чаемости и выраженность структурных изменений магистральных артерий атеросклеротического характера при РА сопоставить выявленные изменения с клиническими особенностями течения суставной патологии, активностью воспалительного процесса.

Материал и методы. Для достижения цели диссертационной работы в исследование было включено 75 пациентов, страдающих РА. В качестве контрольной группы (КГ) выступили 28 здоровых лиц. Ни у кого из обследованных не было на момент исследования и в анамнезе клинических проявлений атеросклеротической болезни. Кроме того, у лиц, принявших участие в исследовании, отсутствовали такие классические факторы риска развития атеросклероза как артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточная масса тела, курение сигарет.

Средний возраст пациентов с РА составил $38,7 \pm 7,4$ лет. В исследовании приняли участие 5 мужчин, что составило 6,7%. Обследовано 70 (93,3%) женщин.

Продолжительность анамнеза РА в среднем составила $8,3 \pm 5,4$ лет. В соответствии с DAS 28 ремиссия РА определена у 2 (2,7%) пациентов, низкая активность – у 4 (5,3%), умеренная – у 35 (46,7%), высокая – у 34 (45,3%). Рентгенологическая II стадия заболевания была определена у 32 (42,7%) лиц, III – у 27 (36%), IV – у 16 (21,3%). Функциональный класс I установлен в 31 (41,3%) случае, II – в 41 (54,7%), III – в 3 (4%).

Обследованные из КГ имели возраст от 28 до 50 лет. Средний возраст в этой группе составил $35 \pm 5,6$ лет. Лица из КГ были сопоставимы по полу и возрасту с группами пациентов с РА и РеА.

Уровень С-реактивного протеина (СРП) определяли иммуноферментным методом с использованием наборов фирмы “Cormay” (Польша), согласно инструкции изготовителя.

Эхография артерий в серой шкале выполнялась с использованием ультразвукового аппарата «Сономед-400С» (Россия) с частотой излучения датчика 6,0–9,0 МГц. При проведении исследований сонных артерий измеряли толщину интима медиального слоя.

Результаты и обсуждение. При проведении ультразвуковой ангиографии в группе РА у 27 (36%) пациентов установлено наличие утолщения КИМ сонных артерий. В КГ у всех обследованных толщина КИМ сонных артерий не превышала нормальных значений. Толщина КИМ сонных артерий в группе РА составила 0,8 мм (0,7–0,9). В группе здоровых лиц толщина КИМ оказалась 0,6 мм (0,6–0,7). Таким образом, в группе РА толщина КИМ была достоверно ($p < 0,001$) больше, чем у обследованных лиц КГ.

В группе РА обнаружены статистически достоверные различия по толщине КИМ между подгруппами с разной длительностью анамнеза заболевания. В подгруппе РА с длительностью заболевания до 5 лет (21 человек) утолщение КИМ установлено в 1 (4,8%) случае. При этом в подгруппе с длительностью РА 5–9 лет (26 человек) значения толщины КИМ 0,9 мм и более встречались у 5 (19,2%) обследованных. При продолжительности РА 10 лет и более (28 человек) утолщение КИМ встречалось у 21 (75%) человека. Достоверно ($p < 0,05$) установлено наличие различий по частоте встречаемости утолщения КИМ между подгруппой с длительностью заболевания 10 лет и более с подгруппами с меньшей продолжительностью РА. При РА была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем СРП и толщиной КИМ сонных артерий ($r = 0,79$, $p < 0,001$). Была выявлена прямая слабая ($r < 0,3$) зависимость между толщиной КИМ и индексом DAS 28 ($r = 0,25$, $p < 0,05$). Выявлена умеренная прямая корреляционная взаимосвязь между толщиной КИМ сонных артерий и индексом Ричи. В группе РА достоверно ($p < 0,05$) толщина КИМ в подгруппе с IV рентгенологической стадией артрита была выше, чем при II и III стадиях заболевания.

В группе РА с серопозитивным вариантом заболевания толщина КИМ составила 0,83 мм (0,7–0,92), что было достоверно ($p < 0,05$) больше, чем у пациентов с серонегативным РА, где толщина КИМ составила

0,76 мм (0,7–0,82). В подгруппе с серопозитивным РА не было корреляционной зависимости между толщиной КИМ сонных артерий и уровнем РФ в сыворотке крови ($r = -0,01$, $p > 0,05$). Толщина КИМ сонных артерий в подгруппе с экстраартикулярными проявлениями РА составила 0,95 мм (0,9–1,0), в подгруппе без таковых – 0,8 мм (0,7–0,87). По толщине КИМ эти две подгруппы пациентов с РА достоверно ($p < 0,001$) различались между собой. В подгруппе РА с системными проявлениями (14 человек) утолщение КИМ встречалось у 12 (85,7%) обследованных лиц, у пациентов с суставной формой заболевания – у 15 (24,6%). Была выявлена взаимосвязь между наличием системных проявлений РА и частотой встречаемости утолщения КИМ ($2 = 6,95$, $p < 0,05$).

У 22 (29,3%) пациентов с РА в артериальных сосудах присутствовали очаги атероматоза. Достоверно ($\chi^2 = 8,75$, $p < 0,05$) присутствие атеросклеротических бляшек, в сосудах обследованных лиц, было ассоциировано с РА. В КГ очагов атероматоза в сосудах обнаружено не было. При РА имеет место поражение артериального русла атеросклеротическими бляшками, которые были обнаружены в различных сосудистых регионах (сонные артерии, абдоминальный отдел аорты и сосуды нижних конечностей, плечевые артерии).

Имели место статистически достоверные ($p < 0,001$) различия по продолжительности РА между подгруппой с атеросклеротическими бляшками и без них. Продолжительность анамнеза РА в подгруппе с очагами атероматоза составила 12 лет (10–15), в подгруппе без атеросклеротических бляшек – 5 лет (3–8).

Установлено, что для пациентов, в сосудах которых выявлены атеросклеротические бляшки, были характерны более высокие значения индекса Ричи.

Системные проявления РА присутствовали у 12 (54,6%) человек с атеросклеротическими бляшками. В то же время среди пациентов с РА без очагового поражения сосудов экстраартикулярные проявления имели место только у 2 (3,8%) человек. Присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах было статистически достоверно ассоциировано с наличием системных проявлений РА ($\chi^2 = 15,89$, $p < 0,001$).

Выводы.

1. В группе РА утолщение КИМ сонных артерий определялось у 27 (36%) пациентов, что достоверно чаще в КГ. Толщина КИМ сонных артерий при РА оказалась 0,8 мм (0,7–0,9), что было выше, чем в КГ. При РА атеросклеротические бляшки выявлялись в сосудах 22 (29,3%) человек, что достоверно чаще, чем в КГ. Очаги атероматоза обнаружены в сонных артериях (18,7%), абдоминальном отделе аорты (28%), подвздошных (16%), бедренных (12%), плечевых (4%) артериях.

2. У пациентов с РА выявлена ассоциация между толщиной КИМ сонных артерий и длительностью анамнеза заболевания, выраженностью суставного синдрома, уровнем СРП в сыворотке крови. У пациентов с IV рентгенологической стадией заболевания тол-

щина КИМ достоверно была выше, чем у пациентов со II и III стадиями. Толщина КИМ была выше у лиц с серопозитивным вариантом РА. Утолщение КИМ у пациентов с системными проявлениями встречалось достоверно чаще, чем у лиц с суставной формой заболевания. Толщина КИМ сонных артерий в подгруппе с экстраартикулярными проявлениями составила 0,95 мм (0,9–1,0), что было достоверно больше, чем в подгруппе с суставной формой заболевания (0,8 мм (0,7–0,87)).

3. Пациенты с РА, в сосудах которых обнаружены атеросклеротические бляшки, имели большую продолжительность заболевания (соответственно 12 лет (10–15) и 5 лет (3–8)), характеризовались более высоким уровнем СРП в сыворотке крови (соответственно 12,7 мг/л (9,5–18,3) и 5,2 мг/л (3,8–8,4)) и выраженным суставным синдромом (индекс Ричи) (соответственно 16,5 (10–21) и 11 (7–14)). Присутствие атеросклеротических бляшек в сосудах ассоциировано с наличием системных проявлений РА.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И СТЕПЕНИ ЕГО ТЯЖЕСТИ ПО ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ШКАЛЕ ЧАЙЛДА-ПЬЮ

**Самсонов Н.М., Козловский В.И., Морхат Г.М., Мамчур Е.Р.,
Овечкина И.А., Ращина Е.С., Серегина Т.В.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
ГУЗ ВГЦКБ «2-я городская больница»

Актуальность. С 10/08-2004г. по 14/10-2010г. в пульмонологическом отделении ГУЗ ВГЦКБ «2-я городская больница» были развернуты 10 гастроэнтерологических коек. За это время осуществлялась экстренная и плановая помощь больным г.Витебска с диффузными заболеваниями печени. Цирроз представляет собой заключительный общий гистологический путь для широкого спектра хронических заболеваний печени. Термин цирроз печени был впервые введен Laennec в 1826 году.

Алкогольную болезнь печени, когда-то было принято считать основной причиной цирроза печени в Соединенных Штатах. Наиболее частые причины цирроза печени в Соединенных Штатах Америки – это вирусный гепатит С (ВГС 26%), алкогольная болезнь печени (АБП 21%), ВГС плюс АБП (15%), безалкогольная жировая болезнь печени (БАЖБП 18%), вирусный гепатит В (ВГВ), который может совпадать с гепатитом D(15%), разное (5%). На неблагоприятный прогноз при циррозе указывают увеличение протромбинового времени, значительный асцит, низкий уровень альбумина, высокий уровень билирубина и высокая активность ЩФ, энцефалопатия, а также желудочно-кишечное кровотечение, ежедневный прием большого количества алкоголя и плохое питание. В модифицированной прогностической системе Чайлда-Пью вместо качества питания учитывают уровень протромбина и степень выраженности перечисленных

признаков в баллах. Однако данные литературы неоднозначны, так как оценка признаков в баллах иногда носит субъективный характер [1].

Класс А 5 – 6 баллов

Класс В 7 – 9баллов

Класс С 10 – 15 баллов

Примечание: ПБЦ- первичный билиарный цирроз

Цель исследования - определить степень тяжести циррозов печени по прогностической шкале Чайлда-Пью.

Материал и методы: ретроспективный анализ 80 историй болезни пролеченных и выписанных пациентов с диагностированным циррозом печени в 2009-10г.г. Диагноз и степень тяжести выставляли по (Шерлок) и Чайлд-Пью[1,2,3].

Результаты и обсуждение. Сравнительные данные по годам представлены в таблице 1(ГУЗ ВГЦКБ «2-я городская больница»).

Средний возраст пациентов нашей выборки составил 53,3 года. Женщин было 41 (51,25%), мужчин – 39 (48,75%).Средняя длительность пребывания на койке – 21,9 дней. Данные по степени тяжести цирроза печени в нашем исследовании представлены в таблице 2.

Клинические синдромы: диспепсия наблюдалась в 100% случаев; астения – в 100%; желтушный (визуально) – у 67 (83,75%) пациентов; отечно-асцитиче-

Шкала тяжести цирроза по Чайльд-Пью

Признаки	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Нет	Легкий	Выраженный
Энцефалопатия	Нет	1 и 2 степень	3 и 4 степень
Сывороточный альбумин	> 35	28 – 35	< 28
Сывороточный билирубин	< 34	34 – 51	> 51
ПБЦ	17 – 67	68 – 169	> 170
Протромбиновый индекс	> 70	40 - 70	< 40